

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

N°

THÈSE

851

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean DELATER

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 19 Septembre 1914 à LODÈVE (Hérault)

RÉSULTATS RÉCENTS

obtenus par le "Procédé des mélanges"

dans l'oblitération des Varices

Président : M. OLIVIER, Professeur.



IMP. G. BUDY & FILS
102, Rue de Charonne - PARIS

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

N°

—

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean DELATER

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 19 Septembre 1914 à LODÈVE (Hérault)

RÉSULTATS RÉCENTS

obtenus par le "Procédé des mélanges"

dans l'oblitération des Varices

Président : M. OLIVIER, Professeur.



IMP. G. BUDY & FILS
102, Rue de Charonne - PARIS

1939



LE DOYEN..... TIFFENEAU.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	CHIRAY.
Clinique médicale.....	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	LÉVY-SOLAL.
	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose.....	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire.....	HAZARD.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) . Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne. Pathologie médicale.
 BESANÇON (Justin) . Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD ... Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER . Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES... Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME ... Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{me} J. LÉVY.. Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie.
 MÉNÉGAUX .. Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIÈVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SÉNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH ... Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

AGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER. Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS . Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER ... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ .. Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

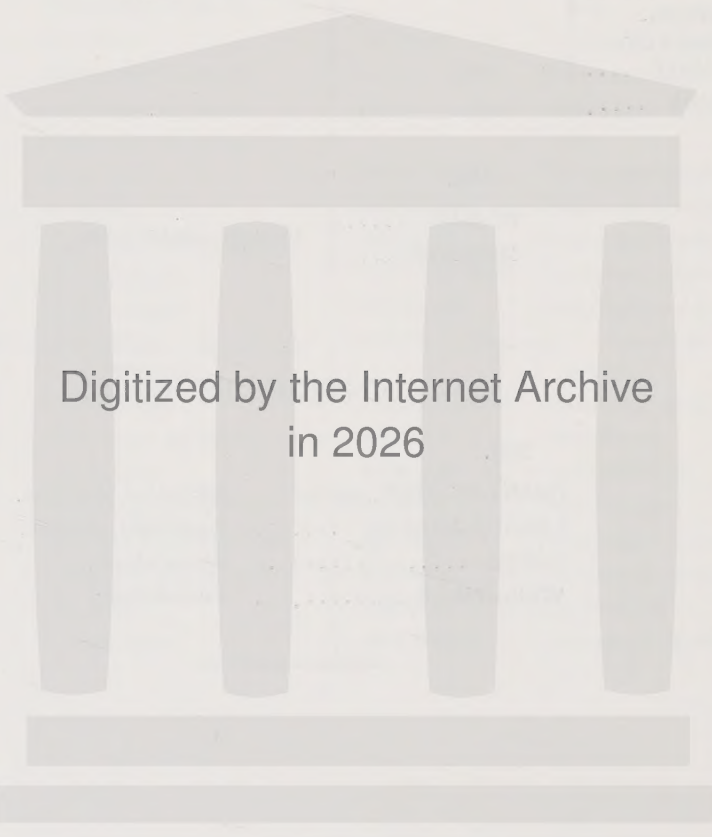
à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN ...		BROCQ	
BRULÉ		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER ..	
DONZELOT ...		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR- VALLERY- RADOT			
SÉZARY			

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé...	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

HOMMAGE DE PROFONDE AFFECTION

A MA FEMME

A MA MÈRE

A MON PÈRE

Docteur G. DELATER

Officier de la Légion d'Honneur, Croix de Guerre

*à qui je dois mon orientation
médicale, qui m'a guidé dans l'éla-
boration de ce travail et dont la
conception du devoir est pour moi
le plus beau des exemples.*

A MES BEAUX-PARENTS

A MON COUSIN

le Docteur R. GIGON

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

*Témoignage de reconnaissance et
de profond attachement.*

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

le Professeur E. OLIVIER

*qui m'a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse et qui a si patiemment et si
affectueusement guidé mes débuts
à la Faculté de Médecine.*

A MES MAITRES DANS L'EXTERNAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRULÉ

Médecin de l'Hôpital Tenon

dont je n'oublierai pas la bienveillante sollicitude.

MONSIEUR LE PROFESSEUR ALAJOUANINE

Médecin de l'Hospice de Bicêtre

MONSIEUR LE DOCTEUR DESPLAS

Chirurgien de l'Hôpital de la Pitié

MONSIEUR LE PROFESSEUR SORREL

Chirurgien de l'Hôpital Trousseau

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARCEL LABBÉ

(In Memoriam).

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Docteur HILLEMAND

Monsieur le Professeur GRÉGOIRE

Monsieur le Professeur CARNOT

Monsieur le Docteur Küss

Monsieur le Docteur MEILLÈRE



A MES CONFÉRENCIERS

Monsieur le Docteur CARREZ

Monsieur le Docteur LANCE

Monsieur le Docteur SIGUIER

HISTORIQUE

C'est parce que le « procédé des mélanges » représente, pour oblitérer les varices, un avantage appréciable sur la classique méthode sclérosante préconisée en 1920 par Sicard et appliquée par la suite avec d'autres liquides par ses imitateurs, que nous avons entrepris ce travail ; — procédé qui d'ailleurs n'est pas uniforme, mais divers au contraire, adapté aux résistances des ectasies veineuses par la modulation des mélanges.

C'est en 1926, pour la 1^{re} fois, que G. Delater, mon père, présenta les avantages qu'il y a souvent à faire se succéder les diverses substances recommandées par différents auteurs pour obtenir la sclérose des varices résistantes à l'une d'elles seule (1).

Il employait volontiers, à cette époque, la quinine Uréthane de Genévrier après avoir constaté l'insuffisante action du Salicylate de Sicard sur certains trajets ; et il notait souvent une cicatrisation schématique, solide et faisant suite à une réaction initiale peu inflammatoire, non seulement sur la veine injectée, mais sur toutes celles qui l'auraient été précédemment avec du Salicylate. Parfois même toute

(1) Sclérose curative des veines et des hémorroïdes. Propriétés des solut. sclérogènes ; utilité de les associer (*Presse médicale*, 2 juin 1926).

l'arborisation était prise à la suite d'une ou de deux injections de quinine en une seule séance ; et le malade était guéri.

Si un trajet résistait au Salicylate, puis à la quinine, il y provoquait une réaction vive avec le Bi-iodure de mercure, de Montpellier et Lacroix ; mais parfois l'inflammation prenait, pendant quelques jours, un aspect pseudo-phlegmoneux, que d'ailleurs maitrisaient des pansements humides ou ouataplâsme mouillé d'eau distillée d'Hamamélis *frais*, ou l'Anti-phlogistine.

Quand il eut essayé et présenté le Benzoate de soude comme sclérosant aussi actif et moins douloureux que le Salicylate (2), il l'utilisa en 1^{re} ligne, suivi du Salicylate et de la quinine, après l'avoir d'abord employé seul.

Puis, il voulut les mélanger, pour exalter leurs effets et atténuer la douleur causée par l'injection du Salicylate seul. Le Benzoate et le Salicylate s'associent très bien. Le Benzoate ou le Salicylate mélangés à la quinine bloquent la seringue par un précipité glutineux qui condamne la tentative d'une telle association.

Et il pensa alors à compléter l'union du Salicylate et du Benzoate par l'adjonction du Morrhuate de soude, produit absolument indolore mais dont les résultats, quand on l'emploie seul, ne tiennent pas toujours longtemps, et qui avait été apporté par Higgins et Kittel. L'effet de ces trois liquides, mélan-

(1) Cumul de leurs effets sclérogènes par l'association des liquides employés pour la fibrose des Varices. « Le Benzoate de Soude » (*Presse médicale*, 22 juin 1934).

gés dans des proportions que nous dirons plus loin, s'avèra remarquablement efficace, rapide et durable. La présence du Morrhuate atténuaît singulièrement les douleurs et les crampes qui font suite immédiatement à l'injection.

Mais ces dernières injections elles-mêmes laissent encore parfois de grosses veines perméables. Dans ce cas il associe, depuis 3 ans, au Salicylate et au Benzoate la Glycérine recommandée par Jauzion, puis par Grandclaude et, avec ces mélanges, les trajets les plus récalcitrants s'oblitérent presque toujours.

C'est le résultat de ses recherches — et de celles que nous avons poursuivies auprès de lui — que nous voudrions rapporter en publiant quelques observations inédites.

Nous décrirons d'abord la technique employée dans les différents cas.

TECHNIQUE

Nous l'envisagerons selon qu'on attaque le traitement dès le début avec des mélanges, ou selon qu'il s'adresse à des varices récalcitrantes.

1° *Attaque initiale du traitement.* — D'une façon habituelle nous employons dès le début les mélanges salicylate, Benzoate, Morrhuate.

Les solutions de Salicylate et celles de Benzoate sont parfaitement compatibles entre elles, quelles que soient leur concentration et leurs proportions. Les liquides restent parfaitement transparents.

Il n'en est pas de même de l'adjonction du Morrhuate à l'une ou l'autre des solutions précédentes ou à leur mélange. Il se forme une sorte de flocculat savonneux, opalescent, que l'agitation disperse sans le supprimer.

Longtemps G. Delater hésita devant l'injection de ce liquide trouble, même en petite quantité, dans une veine même périphérique. Après essai sur l'animal, puis sur l'homme, il se convainquit de sa parfaite innocuité. Depuis 1932 il l'emploie couramment et en a pratiqué plusieurs milliers d'injections — parfois 2, 3 et 4 dans la même séance sur le même malade, à la cuisse aussi bien qu'à la jambe et jusque dans la crosse de la saphène en position debout, — dans la position couchée aussi bien que dans la position verticale, — sans observer aucun signe d'intolérance immédiate ni lointaine. Mais parfois le sujet, quand

il est étendu ou qu'il s'étend après être demeuré debout, ressent un chatouillement laryngé qui le fait tousser pendant une minute. Renouvelée peu après, l'injection n'occasionne pas toujours le même désagrément ; ou, s'il survient, il n'est pas aggravé.

Les règles à donner pour préparer ces mélanges sont extrêmement délicates à préciser, en raison de la diversité des indications, selon que l'on est en présence d'un trajet court ou long, unique ou arborisé, étroit ou largement dilaté. En principe, on emploie, pour commencer, le Salicylate à 20 %, 1 à 2 cc.; le Benzoate à 40 %, 0,5 à 1 cc.; le Morrhuate à 5 %, 1 à 2 cc., selon la susceptibilité du sujet, selon encore que la veine à traiter repose sur des parties molles ou sur une surface osseuse, où la perception du liquide injecté sera beaucoup plus sensible. Les concentrations de ces proportions ne sont ordinairement pas du tout douloureuses.

On augmente ensuite, pour les séances suivantes, le titre de la solution de salicylate (30 et 40 %) et les quantités de ces liquides, surtout si l'on traite alors des veines plus grosses, on arrive ainsi à des mélanges de 3 à 5 cc. de Salicylate à 40 %, 2 à 3 cc. de Benzoate à 40 %, 2 à 3 cc. de Morrhuate à 5 %.

Le mélange se fait extemporanément avec l'aiguille montée sur la seringue et l'on a soin d'introduire dans cette dernière d'abord le Salicylate ou le Benzoate et pour finir le Morrhuate, de façon à ce que la surface externe de l'aiguille soit mouillée de Morrhuate, moins agressif pour les téguments et de façon à pousser, quand on injecte d'abord le contenu de l'aiguille et les 1^{ers} dixièmes de C.C. du corps de pompe, qui, si l'on injecte debout et de bas en haut, sont du

Morrhuate, plus léger : dans le cas où l'on pousserait le début de l'injection à côté de la veine — ce qui se traduirait aussitôt par une soufflure discrète sous la peau et porterait à arrêter l'injection, on courrait infiniment moins le risque d'une escarre, — fatale au contraire si l'on a injecté du Benzoate ou surtout du Salicylate.

On peut pratiquer 2 à 4 injections de ces mélanges dans la même séance.

Le *résultat* est habituellement remarquable par sa rapidité. On peut voir (observations 1, 2, 3, 6) une arborisation de gros trajets occupant une ou plusieurs faces du membre inférieur et jusqu'à la cuisse complètement oblitérée en 3 et même 1 séance (parfois dans une longue cicatrice d'opération exécutée antérieurement pour une 1^{re} atteinte des varices) (Obs. 6). On peut voir un paquet vermiculaire, gros comme un œuf dans le creux poplité, réagir sans violence et s'oblitérer parfaitement, à la suite de 3 injections faites en *une* séance sur les 2 affluents qui le constituaient et sur la veine volumineuse qui en partait vers la cuisse. (Observation 7).

Les observations privées de G. Delater sont ainsi au nombre de 350 depuis 7 ans. La plupart des malades restent guéris depuis cette date, sauf 15 qui sont venus le revoir pour un complément de traitement.

2° Traitement des trajets résistants. — Nous n'insisterons pas sur la cascade Salicylate, puis Quinine, puis Bi-iodure, qui a déjà été préconisée par G. Delater voici longtemps (1926), qui est utilisée dans son service à l'Hôpital Cochin par ses divers collaborateurs

et surtout par les docteurs Chailly et Harley, qui travaillent avec lui depuis 13 ans le 1^{er}, 6 ans le second, — qui a été appréciée par plusieurs auteurs et qui a l'inconvénient, pour la quinine, d'obnubiler le malade, de congestionner ses muqueuses et sa face, de lui donner des nausées, parfois des vomissements et même de l'exposer à des lipothymies, — tous accidents bien connus dans les surcharges quinquiques, — pour le bi-iodure, de provoquer des réactions locales capricieuses qui peuvent être très violentes et laisser croire pendant quelques jours au développement d'un abcès.

Nous tentons encore prudemment cette succession des trois solutions sclérogènes et nous obtenons encore certains résultats remarquables par leur indolence, par leur étendue (pour la quinine, puis le salicylate) — et par leur durée. Il n'est d'ailleurs pas interdit, après avoir substitué la quinine au Salicylate, de revenir à ce dernier produit, puis encore à la quinine. On obtient ainsi quelquefois des résultats que l'on pouvait ne pas espérer. Mais on risque une perte de temps étagée sur de nombreuses séances et le découragement du malade s'il n'obtient pas l'oblitération attendue.

Nous nous orientons de plus en plus vers le remplacement immédiat du triple mélange S.B.M. par un autre triple mélange : Glycérine pure-Salicylate-Benzoate, quand le premier s'avère inefficace et plutôt que de nous attarder à l'essai de la quinine et du bi-iodure.

La glycérine pure, très épaisse quand elle est froide,

s'introduit difficilement dans la seringue et ne saurait y être introduite par l'aiguille.

Il faut utiliser une grosse seringue de 5, 10 ou 20 cc. et puiser le contenu de l'ampoule de glycérine avec l'embout métallique. Il est bon d'avoir réchauffé au préalable cette ampoule en l'immergeant dans un bain d'eau chaude à 51 ou 60° ou, au pis aller, en la portant dans la poche de son gilet pendant 5 à 10 minutes.

On introduit donc d'abord la glycérine, puis, après avoir recoiffé l'embout de son aiguille, le Salicylate et le Morrhuate.

Il est indispensable d'injecter un mélange bien homogène. Aussi doit-on, après l'introduction des trois liquides dans la seringue, les brasser énergiquement en la renversant, aiguille en haut puis en bas, à plusieurs reprises. L'homogénéité se voit facilement quand ne se dessinent plus, dans le corps de pompe, les linéaments visqueux de la glycérine encore séparée des solutions moins denses du Salicylate et du Benzoate. On fera bien, pour la favoriser, de laisser s'introduire dans la seringue une grosse bulle d'air qui sera agitée avec le mélange.

Ici non plus, pas de règle étroite pour le titre du Salicylate, ni pour les proportions des 3 éléments.

Il faut frapper fort, puisque la varice refuse de réagir, après avoir introduit 3 à 5 cc. de Glycérine pure. On emploiera donc d'emblée le Salicylate à 30 % si la veine n'est pas très grosse, à 40 % si l'ectasie est importante : 2 à 4 cc.; puis le Benzoate à 40 % : 1 à 3 cc. Si l'injection de la 1^{re} séance, — qu'on peut répéter sur le champ en un point différent, — faite d'abord avec un mélange moyennement fort, n'a pas

produit l'effet désiré, on est autorisé à pratiquer 2 et même 3 injections très fortes dans la séance suivante, 10 à 15 jours plus tard. Si le ou les trajets résistent encore, il sera inutile de persévérer ; l'essai du carbonate de soude, utilisé tout au début par Sicard, ou de l'iode, recommandée par Gerson, restera infructueux. Exceptionnellement on pourra obtenir l'oblitération en recommençant directement les injections de ces mélanges forts 3 à 6 mois plus tard. Mais plutôt on confiera le malade à un chirurgien qui pratiquera la ligature de la crosse de la saphène externe au creux poplité ou de celle de la saphène interne au pli de l'aîne si ce n'est pas l'exérèse de ces trajets au mollet ou à la cuisse.

G. Delater a du ainsi abandonner 5 de ses malades, dont 2 observations sont ici rapportées.

C'est qu'en effet, lorsque des dilatations veineuses résistent, au mollet, au genou, ou au 1/3 inférieur de la cuisse, leur refus de se laisser oblitérer s'explique par le rétablissement de cette circulation à contre-courant, de cette retombée du sang de haut en bas, dès que le malade reprend la station verticale : le sang reflue du confluent saphénien vers le segment injecté, à travers les valvules incontinentes de l'extrémité supérieure d'un trajet dilaté, mais assez profond et encore régulièrement calibré pour n'être accessible de façon précise ni au doigt, qui doit toujours le rechercher, ni à l'aiguille. Il faut donc aller le découvrir le bistouri à la main, car le sang qui en redescend dans la position debout presse sur le segment injecté, écarte ses parois rapprochées par le spasme réactionnel à l'introduction du liquide irritant et empêche l'accrochage du processus de leur cicatrisation.

Et nous avons cru remarquer qu'il était vain d'essayer de les maintenir accolées par la pose, avant que le malade se relève de la position horizontale, de bandes compressives, même enduites d'une matière adhésive comme les bandes à la colle de Unna ou les bandes en tissu lastex pourvues sur une face d'une matière rappelant celle du leucoplast.

G. Delater a d'ailleurs plusieurs fois insisté, depuis le début de sa spécialisation, sur cette nécessité qui s'impose de rechercher et d'oblitérer les dilatations le plus haut situées sur les saphènes externe et interne pour obtenir du mollet et du genou des résultats catégoriques et durables.

Il va de soi que toutes les recommandations données pour la pratique générale de la fibrose curative s'appliquent ici sur le choix des lieux d'élection pour les piqûres, sur l'indication qu'il y a d'éviter les ectasies trop superficielles, sur la position verticale, assise ou couchée, à donner au malade selon le calibre de la dilatation et sa résistance aux injections antérieures, sur la mise en place (en aval) d'un lien caoutchouté compressif au-dessus du segment traité pour immobiliser le sang (et donc, le liquide irritant injecté), — au contact des parois, — sur l'opportunité de vider, par la position déclive talon haut, une varice très dilatée, au moment où l'on va poser le garrot. Ces deux dernières mesures sont particulièrement recommandées quand on veut réussir à oblitérer par le mélange Glycérine-Salicylate-Benzotate, une grosse et longue dilatation située à la cuisse ou au voisinage du genou.

OBSERVATIONS

Nous donnerons seulement 7 de nos observations succinctes concernant l'attaque initiale du traitement sclérosant, 6 de nos observations concernant le traitement des trajets résistants, plus 2 de nos insuccès parmi celles concernant ce dernier.

1° ATTAQUE INITIALE DU TRAITEMENT SCLÉROSANT.

Ces malades, porteurs de grosses ou d'assez grosses et longues dilatations ont été guéris en 3, 2 ou 1 séance.

Obs. N° 1. — Mlle M. C., 51 ans :

Jambes lourdes depuis l'âge de 25 ans ; jambes marbrées, bosselées de petites saillies veineuses depuis l'âge de 30 ans ; — saillies plus prononcées sur la face externe de la jambe et de la cuisse droite et grosses dilatations à la jambe, au genou et à la cuisse droite face interne depuis la quarantaine.

Foie, cœur, reins normaux. Constipation. Règles encore normales, troubles dysendocriniens divers depuis longtemps, mais exagérés par l'approche de la ménopause.

Mère variqueuse (7 enfants).

Le 27 avril 1939 nous voyons les deux jambes parcourues par un grand nombre de petites varices bleutées prédominantes à droite sur les trois faces, interne, antérieure et externe, à gauche sur la face interne.

A droite : gros trajet sur toute la hauteur de la face antérieure de la jambe, et surtout au niveau du 1/3

supérieur de la face antéro-interne et de la face interne du genou, au niveau également du 1/3 inférieur de la cuisse ; trajet beaucoup moins dilaté, moins long, moins sinueux et arborisé à la face externe s'étendant sur les 2/3 supérieurs de la jambe et sur la moitié inférieure de la cuisse.

Nous redoutons un résultat médiocre en raison de la multiplicité des petites varices bleutées.

Nous négligeons pour le moment la jambe gauche qui est moins lourde et qui ne présente qu'un trajet à la moitié supérieure de sa face interne.

A droite nous injectons à la face antérieure de la jambe, 1/3 moyen, en amont d'une assez grosse ectasie bleue :

(en position debout)	{	2 cm ³ Salicylate 20 %	}	Bon résultat (1 ^{er} mai 1939) l'ectasie est indurée.
		1 cm ³ Benzoate 40 %		
		1 cm ³ Morrhuate 5 %		

A la face antéro-interne, 1/3 supérieur, près du genou :

(position assise, jambes pendantes)	{	2 cm ³ Salicylate 20 %	{	Résultat insignifiant
		1 cm ³ Benzoate 40 %		
		1 cm ³ Morrhuate 5 %		

Au 1/3 inférieur de la face externe de la cuisse près du genou :

(Malade debout)	{	2 cm ³ Salicylate 25 %	}	Bon résultat
		1 cm ³ Benzoate 40 %		
		1 cm ³ Morrhuate 5 %		

Le 1^{er} mai 1939 :

Genou face interne (Debout)	{	2 cm ³ 5 Salicyl. 30 %	}	Bon résultat jusqu'à la cuisse 1/3 inf.
		1 cm ³ Benzoate soude		
		1 cm ³ Morrhuate		
Jambe face int. 1/3 moyen (Debout)	{	2 cm ³ Salicylate 30 %	}	Bien
		1 cm ³ Benzoate soude		
		1 cm ³ Morrhuate		
Jambe face int. 1/3 sup.	{	2 cm ³ Salicylate 25 %	}	Bien
		1 cm ³ Benzoate soude		
		1 cm ³ Morrhuate		
Jambe face ext. 1/3 moyen	{	1 cm ³ Morrhuate	}	Assez bien

Le 7 mai :

Jambe face post. ext. 1/3 m.	$\left\{ \begin{array}{l} 2 \text{ cm}^3 \text{ Salicylate } 20 \% \\ 1/2 \text{ cm}^3 \text{ Benz. soude} \\ 1 \text{ cm}^3 \text{ Morrhuat} \end{array} \right\}$	Bien
Jambe f. externe 1/3 sup.	$\left\{ \begin{array}{l} 2 \text{ cm}^3 \text{ Salicylate } 23 \% \\ 1 \text{ cm}^3 \text{ Benzoate soude} \\ 1 \text{ cm}^3 \text{ Morrhuat} \end{array} \right\}$	Bien
Genou face externe (en aval d'une ectasie bleue)	$\left\{ \begin{array}{l} 2 \text{ cm}^3 \text{ Salicylate } 25 \% \\ 1 \text{ cm}^3 \text{ Benzoate soude} \\ 1 \text{ cm}^3 \text{ Morrhuat} \end{array} \right\}$	Bien ; ectasie indurée.

Dès le 28 avril, le membre inférieur droit est allégé, malgré une réaction très légèrement pénible pendant deux jours. Les petites varices bleutées et la marbrure cyanotique, que nous redoutions voir persister, ont presque complètement disparu.

Obs. N° 2. — Mme de L... (Italie), 48 ans :

Varices jambes et pied droits depuis naissance de deux jumeaux en 1917. Lourdeur.

Foie, cœur, reins, normaux.

Règles trop rapprochées et abondantes jusqu'à castration en 1933. Peu de troubles endocriniens sinon frilosité et extrémités froides depuis ménopause chirurgicale ; infection matricielle des ongles en 1938. Pyorrhée. Hémorroïdes.

Le 3 novembre 1938 : gros trajet sur le dos du pied et la face antérieure de la jambe droite. Genou face interne et cuisse 1/3 inférieure.

Jambe f. ant. 1/3 m.	$\left\{ \begin{array}{l} 2 \text{ cm}^3 \text{ S. } 20 \% \\ 1 \text{ cm}^3 \text{ B. S.} \\ 1 \text{ cm}^3 \text{ M.} \end{array} \right\}$	réaction très discrète	veines très amoindries, station debout soulagée
Jambe f. ant. 1/3 sup.	$\left\{ \begin{array}{l} 2 \text{ cm}^3 \text{ S. } 25 \% \\ 1 \text{ cm}^3 \text{ B. S.} \\ 1 \text{ cm}^3 \text{ M.} \end{array} \right\}$	A. B.	

Le 8 novembre 1938 :

Jambe f. ant. 1/3 moy. supér.	$\left\{ \begin{array}{l} 3,5 \text{ cm}^3 \text{ Salicylate } 30 \% \\ 1,5 \text{ cm}^3 \text{ Benzoate soude} \\ 2,5 \text{ cm}^3 \text{ Morrhuat} \end{array} \right\}$	Bien
----------------------------------	--	------

Genou f. int.	2,5 cm ³ Salicylate 30 %	} Bien
	1,5 cm ³ Benzoate soude	
	2 cm ³ Morrhuate	
Dos du pied	1,5 cm ³ Salicylate 30 %	} Bien
	1 cm ³ Benzoate soude	
	1,5 cm ³ Morrhuate	

Le 11 novembre :

Genou f. antéro-int., en aval de l'inj. du 8 novembre	2 cm ³ Salicylate 40 %	} Bien
	1 cm ³ Benzoate soude	
	1 cm ³ Morrhuate	
Jambe f. int., 1/3 moy. sup.	2 cm ³ Salicylate 40 %	} Bien
	1 cm ³ Benzoate soude	
	1 cm ³ Morrhuate	

Traitement terminé le 25 juillet 1939 ; se dit toujours parfaitement bien.

Les hémorroïdes, fibrosées en mars 1939 par 3 séances de 2 à 3 injections, restent également bien guéries.

Obs. N° 3. — Mme H..., 38 ans.

Varices aux deux jambes et cuisses depuis l'âge de 25 ans ; œdème périmalléolaire.

Très peu de gêne.

Foie, cœur, reins, normaux.

Règles rapprochées, assez abondantes. Migraines. Enrouements passagers fréquents. Frilosité. Doigts morts même en été. Ecchymoses. Nerveuse. Dort mal.

Le 24 janvier 1939 : à droite, long trajet jambe face int., toute hauteur ; cuisse face int. 1/2 infér.

A gauche, plusieurs trajets j. 1/2 sup. ; cuisse face post. int. 1/2 infér.

A droite			A gauche		
Jambe int., 1/3 m.	1,5 S. 20 %	} A.B.	Jambe post., 1/3 sup.	2 S. 20 %	} B
	0,5 B. S.			0,5 B. S.	
	1 M.			1 M.	
Cuisse post., int., 1/3 inf.	2 S. 30 %	} B	Cuisse post., int., 1/3 inf.	2 S. 30 %	} B
	0,5 B. S.			0,5 B. S.	
	1 M.			1 M.	

Le 9 février 1939 :

<i>A droite</i>			<i>A gauche</i>	
J. post. int.	$\left\{ \begin{array}{l} 2 \\ 1 \\ 1 \end{array} \right.$	$\left\{ \begin{array}{l} \text{S. 25 \%} \\ \text{B. S.} \\ \text{M.} \end{array} \right.$	B	
1/3 M. S.				
Matelas				
variqueux				
J. pos. int.	$\left\{ \begin{array}{l} 1 \\ 0,3 \\ 1,5 \end{array} \right.$	$\left\{ \begin{array}{l} \text{S. 30 \%} \\ \text{B. S.} \\ \text{M.} \end{array} \right.$	B	
1/3 inf.				

Traitement terminé en deux séances.

Bonnes nouvelles en août 1939.

Obs. N° 4. — Mme S..., 48 ans :

Varices jambe et cuisse droites, depuis 4 à 6 ans, mais surtout depuis 6 mois ; pas de gêne.

Foie, cœur, reins, normaux. A souffert de la vésicule; soignée par le Professeur Brulé.

Règles abondantes. Quelques troubles endocriniens. Goitre exophtalmique à 25 ans, soigné pendant 4 ans par R. X. et guéri.

Le 17 mars 1939 : trajet apparent de j. f. int. 1/3 inf.
à cuisse 1/3 M. à droite.

$$\begin{array}{c} \text{J. int.,} \\ 1/3 \text{ M.S.} \end{array} \left\{ \begin{array}{l} 2,5 \text{ S. } 20 \% \\ 1 \text{ B. S.} \\ 1 \text{ M.} \end{array} \right\} \text{B} \quad \parallel \quad \text{Genou int.} \left\{ \begin{array}{l} 2 \text{ S. } 20 \% \\ 1 \text{ B. S.} \\ 1 \text{ M.} \end{array} \right\} \text{B}$$

$$\begin{array}{c} \text{Cuisse} \\ 1/3 \text{ m.} \end{array} \left\{ \begin{array}{l} 2,5 \text{ S. } 20 \% \\ 1 \text{ B. S.} \\ 1 \text{ M.} \end{array} \right\} \text{B}$$

Le 28 mars 1939 : la totalité du trajet est indurée après une seule séance.

Obs. N° 5. — M. L..., 48 ans :

Phlébites variqueuses tantôt à droite, tantôt à gauche,
à la jambe et à la cuisse.

En 1922, 1925, 1930, 1935, 1936, 1937, semblent avoir été arrêtées par la prise longtemps prolongée de Bili-vaccin Coli-entéro-perfringens.

Ictère dans l'enfance. Foie gros en 1936. Cholémie.

Le 21 mai 1939 : craint nouvelle phlébite j. dr. 1/3 supér. La douleur en position verticale est due à la distension d'un gros trajet variqueux remontant de j. int. 1/3 inf. à c. 1/3 inf.

J. int.	$\left\{ \begin{array}{l} 2 \text{ S. } 30 \% \\ 1 \text{ B. S.} \\ 1 \text{ M.} \end{array} \right\}$	B	$\parallel$	Genou	$\left\{ \begin{array}{l} 2,5 \text{ S. } 35 \% \\ 1,5 \text{ B. S.} \\ 1 \text{ M.} \end{array} \right\}$	T.B.
1/3 inf.				int.		jusque
						C.1/3 m.

La réaction reste rouge jusqu'au 8 juin 1939; j. légère; vague à toutes ses occupations.

Le 2 juillet 1939 : va très bien.

Obs. N° 6. — Dr M..., 40 ans :

Varices à droite depuis l'adolescence, opérées par le Professeur Cunéo en 1928 (résection f. int. j., toute hauteur jusqu'au genou). Bien 5 ans; puis une veine rectiligne se reconstitue et se dilate dans la cicatrice même, qui est large et déprimée ; elle devient douloureuse depuis quelques mois.

Le 21 juillet 1939 : long trajet bleu sur toute la hauteur de la cicatrice, arborescent, très superficiel par endroits; affluent postér. dans le creux poplité venant de la f. post. de la jambe 1/3 sup.

J. dr. 1/3 m.	$\left\{ \begin{array}{l} 2,5 \text{ S. } 20 \% \\ 1 \text{ B. S.} \\ 1,5 \text{ M.} \end{array} \right\}$	T.B.	$\parallel$	Creux popl.	$\left\{ \begin{array}{l} 2 \text{ S. } 30 \% \\ 1 \text{ B. S.} \\ 1,5 \text{ M.} \end{array} \right\}$	T.B.
(couché)				bord int.		
				(debout)		

Le 8 août 1939 : la totalité de l'arborisation est indurée schématiquement, même l'affluent du mollet. Notre confrère n'a pas souffert.

Obs. N° 7. — M. G..., 35 ans :

Surtout depuis l'âge de 30 ans : Unique et gros paquet variqueux de la dimension d'un œuf de canard au creux poplité gauche ; deux affluents y aboutissent, partis l'un de la f. post., l'autre de la f. int. du mollet ; une grosse veine en part vers la cuisse jusqu'au 1/3 m.

Douleur en posit. verticale et assise depuis deux ans.

Le 4 mai 1939, dans chacun des 2 affluents :

2 cc. S. 30 %	}	induration totale du paquet très ré- duit le 20 mai et qui a complètement disparu depuis août 1938.
1 B. S.		
1 M.		
Dans la grosse veine émissaire:		
3 cc. S. 30 %	}	
1,5 B. S.		
1,5 M.		

2° TRAITEMENT DES TRAJETS RÉSISTANTS.

Plusieurs malades nous ont été adressés par des confrères qui ne parvenaient pas à oblitérer la totalité des trajets variqueux, particulièrement les plus gros. Nous ne citerons qu'en bloc les traitements suivis avant nos interventions.

Obs. N° 8. — Dr B..., 47 ans.

Varices avant le régiment aux deux jambes ; traitées de décembre 1935 à avril 1936 par un confrère, par Salicylate ou Benzoate ou Morrhuate. Bien guéries à droite. Tenaces à gauche où persiste un long et gros trajet sur tout le membre inférieur jusqu'à la Crosse du pli de l'aîne : il a résisté au triple mélange S.B.M. employé en dernier lieu. *Grande gêne.*

Le 21 février 1937: 3 cc. quinine 30 %	}	sans résultat
Le 9 mars 1937: 3 cc. Hg. I ² 1/100		

Le 14 mars 1937:

Genou int. {	3 cc. Glycérine pure	}	T. B. tout le trajet, sauf au 1/3 inf. de la jambe, est induré jusqu'à la Crosse et le reste en janvier 1939
	1,5 Salicylate 40 %		
	1,5 Benzoate		
C. int. 1/3 sup. même injection			

Le 11 avril 1937 : injection complémentaire j. g. int.
1/3 inf.

(assis)	{	3 cc. Glycérine	}	Bien
		2 B. S.		
		2 S. 40 %		

Obs. N° 9. — Mlle S... (Belgique), 49 ans :

Grosses varices des deux membres inférieurs (jambes et cuisses), camouflées aux deux jambes, mais surtout à droite par un gros œdème qui déforme les régions malléolaires et le dos des pieds.

Grande fatigue.

Règles troublées, irrégulières, pauvres, surtout depuis 3 mois.

Soignée par injections sans résultat il y a 2 ans 1/2.

Soignée par G. Delater par 5 séances de mélange S.B.M. de janvier 1939 à avril 1939. A droite, les varices sont oblitérées, sauf un gros trajet à j. int. 1/3 M. S. qui a résisté à 3 injections du mélange, la dernière le 27 février ayant été de :

4 cc. S. 40 %
2 B. S.
2 M.

et à une injection de Hg. I^s 1 % 2 cc. 5 (la malade ne supporte pas la quinine).

A gauche le traitement entrepris seulement en avril, un effet insuffisant ou nul du S.B.M. même avec Salicyl. à 40 % a été noté.

Le 8 mai 1939 :

A droite			A gauche	
J. f. int.	{ 4 cc. Glyc. pure 3 cc. S.40 % 2 cc. B. S. }	T.B.	Genou int.	{ 5 cc. Glyc. 4 cc. S.40 % 3 cc. B. S. }
1/3 M. S.				

Le 23 mai 1939 :

A droite			A gauche	
C.int.1/3 inf. (veine moyenne- ment grosse)	{ 2 cc. Glyc. 1 cc. B. S. 1 cc. S.40 % }	T.B.	C. int.	{ 3 cc. Glyc. 2 cc. S.40 % 1 cc. B. S. }
			1/3 m.	

Obs. N° 10. — Mme R..., 36 ans :

Soignée en 1933 par G. D. pour varices des deux jambes et eczématisation avec résultat incomplet par Salicylate, Morphuaste puis quinine, mais avec disparition du trouble trophique, puis en 1935 et en 1936 sans meilleur résultat par le mélange S.B.M. et par quinine et Bi-iodure.

Revient en juin 1939, porteuse d'une grosse dilatation sur la F. int. j. G., toute hauteur, genous et cuisse 1/3 infér.

Le 21 juin 1939 : 3 injections du mélange S.B.M. (avec S. 40 %) ne donnent qu'un résultat médiocre ou nul.

Le 1^{er} juillet 1939 : 4 injections à la jambe G. 1/3 inf. et 1/3 sup., au genou, ainsi qu'à la cuisse 1/3 inf. de :

Glycérine 4 cc.

S. 40 % 3 cc.

B. S. 2 cc.

donnent une vive réaction qui immobilise et inquiète la malade pendant 4 à 5 jours, mais qui est éteinte le 29 juillet 1939. La malade ne souffre plus et l'œdème a presque complètement disparu.

Obs. N° 11. — Mme B... (infirmière), 39 ans :

Assez grosses varices j. et C. g. depuis 10 ans environ; gêne notable. Subeczématisation de la face int. 1/3 inf. et malléole, ainsi que de la f. ant. 1/3 infér.

Les règles deviennent abondantes depuis un an.

Troubles endocriniens marqués.

Du 4 mars 1939 au 18 avril 1939, on parvient, avec le mélange S.B.M. et en 5 séances de 2 à 3 injections, à oblitérer facilement la plupart des varices, mais un long trajet de la f. ant. int. de la jambe 2/3 supér. à la f. int. de la C. 1/3 m. résistent à ce liquide, à la quinine, au bi-iodure, mais réagissent très bien le 2 mai 1939 et le

9 mai 1939 à deux injections successives à la jambe, puis à la cuisse de :

5 cc. Glycérine	} Très bien
4 cc. Salicylate 40 %	
4 cc. B. S.	

Les démangeaisons et la subeczéma ont tout à fait disparu.

Obs. N° 12. — Mlle F... (infirmière), 52 ans :

Jambes lourdes depuis l'âge de 18 ans. Varices très apparentes depuis 1918. Déjà injectées il y a 4 ans.

Règles interrompues par hystérectomie il y a 4 ans.

Troubles endocriniens multiples.

Le 15 novembre 1938 : varices aux deux jambes, à droite f. interne depuis la malléole; à gauche f. post. de la malléole ext. à creux poplité.

Deux séances de 2, puis de 4 injections du mélange S.B.M. ont complètement oblitéré les varices à droite. Celles de gauche, traitées par la suite, résistent à tout traitement (mélange, quinine, bi-iodure, carbonate de soude); elles ne s'oblitérent qu'après l'injection le 28 mars 1939 de :

10 cc. Glycérine	} Très bien
5 cc. Salicylate 40 %	
5 cc. B. S.	

3° ECHECS DE CE DERNIER TRAITEMENT.

Obs. N° 13. — M. L. M..., 43 ans :

Varices volumineuses f. int. j. et C. g. depuis 1920. Ulcère en 1929 guéri après 10 injections de quinine. Récidive très douloureuse en octobre 1932.

Le 3 décembre 1932 : grosse saphène int., toute hauteur du m. inf. G. 2 Ulcères (40 sous), malléole interne. Le traitement conduit dès le début avec Salicyl. 40 % et Morrhuate, puis avec quinine, puis avec Bi-iodure, ne donne, après 7 séances, aucune oblitération, si ce n'est d'un affluent venu de la f. post. de la jambe.

Les ulcères sont cicatrisés, sans doute par l'effet surtout des bottes compressives. Les mélanges Glyc.+Sal. 40 % et Glyc.+Bi-iodure, pas plus que le Carbonate de soude, ni le Benzoate, qui est à ses débuts en 1933, n'amènent par la suite aucun changement dans les dilatations.

Obs. N° 14. — Mlle B..., 43 ans :

Varices deux jambes depuis l'âge de 30 ans et surtout 40 ans, traitées avec un résultat médiocre par 10 injections en 1936.

Règles abondantes surtout depuis l'âge de 40 ans.

Troubles endocriniens.

Le 1^{er} mai 1939: grosses varices au m. inf. droit f. int. de l'extrémité inf. de la jambe à la crosse du pli de l'aîne ; à la jambe g. f. post., toute hauteur.

A droite, bons résultats, à la 2^e et 3^e séances, seulement avec les mélanges :

4 cc. Salicylate 40 %	} Guérison à droite jusqu'à la Crosse.
2 cc. Benzoate soude	
2 cc. Morrhuate	

A gauche, 3 injections de ce mélange n'ayant pas donné d'effet, le 26 mai ; nous tentons le 16 juin 3 inject. de :

Glycérine	4 cc.
S. 40 %	3 cc.
B. S.	2 cc.

puis 2 inject. de 5 cc. Carbonate à 20 %, puis de la quinine à 30 %.

Aucun résultat sur ces veines de la f. post. du mollet gauche.

Il est à remarquer que ces deux malades avaient été soignés par injections dans les années précédentes, sans résultat suffisant. G. Delater a signalé autrefois la résistance de ces malades incomplètement traités antérieurement ; mais peut-être n'ont-ils été incomplètement traités une première fois que parce qu'ils étaient déjà résistants.

CONCLUSIONS

Nous pensons, avec G. Delater, que le mélange Salicylate, Benzoate, Morrhuate, représente un meilleur produit d'attaque pour la fibrose curative des varices que les deux premières substances séparées ou associées ; parce qu'il est moins douloureux qu'elles, plus rapide et plus sûr dans ses effets. Il n'est pas toxique comme la quinine, pas capricieux dans son action comme le bi-iodure de mercure.

Quand des trajets variqueux ont résisté, ce qui est rare, aux diverses substances seules ou associées, il reste encore à utiliser un mélange assez régulièrement efficace : c'est celui de la Glycérine pure, du Salicylate et du Benzoate de Soude.

Vu le Doyen :

TIFFENEAU.

Vu le Président de Thèse :

OLIVIER.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris.

ROUSSY.

